

# Beden Dismorfik Bozukluğu ve Madde Bağımlılığı: Bir Olgu Sunumu

Selime Çelik<sup>1</sup>, Ergül Fidan<sup>2</sup>,  
Cüneyt Evren<sup>3</sup>, Yeşim Can<sup>4</sup>,  
Birim S. Danişmant<sup>5</sup>,  
Şengül Çavaş<sup>6</sup>, Evrim Erten<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Psikiyatrist, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Psikiyatri Kliniği, İstanbul - Türkiye  
<sup>2</sup>Asist. Dr., <sup>3</sup>Doç. Dr., <sup>4</sup>Psikiyatrist, Bakırköy Ruh ve Sinir  
Hastalıkları Hastanesi, İstanbul - Türkiye  
<sup>5</sup>Psikiyatrist, Nöropsikiyatri Hastanesi, İstanbul - Türkiye  
<sup>6</sup>Psikiyatrist, İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi,  
İstanbul - Türkiye

## ÖZET

Beden dismorfik bozukluğu ve madde bağımlılığı: Bir olgu sunumu

Beden Dismorfik Bozukluğu (BDB) psikiyatri uzmanlarının olduğu kadar, diğer tıp dallarındaki hekimlerin de karşılaşılabileceği bir hastalıktır. Temel özelliği, görünümdeki hayali ya da hafif bir fiziksel kusurla ilişkili yoğun zihinsel uğraşdır. BDB'de belirtiler, sıklıkla ergenlikte ya da genç erişkinlik çağında kendini gösterir ve tanı konmadan kalabilir. Bu yazıda, frontoparietal bölgesindeki saçların seyrek olmasını, "sürekli gözümün önüne gelen boşluklar" diye tanımlayan ve duyduğu kaygıyı yatıştırmak amacıyla düşük dozda benzodiyazepin kullanmaya başlayıp, sonrasında bağımlılık geliştiren bir olgu, literatür eşliğinde tartışılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Beden dismorfik bozukluğu, kaygı, benzodiyazepin, bağımlılık

## ABSTRACT

Body dysmorphic disorder and substance dependence: a case report

Body dysmorphic disorder is a relatively common disorder seen by psychiatrists as well as other physicians from various specialties. The main feature of the disorder is intense preoccupation with either imaginary or real, but minor imperfections in one's appearance. Symptoms usually emerge in adolescence or young adulthood and may remain undiagnosed. In this article, we presented a case who had started taking low dose benzodiazepines to calm down the anxiety caused by frontoparietal hair loss which he defined as "empty areas that catch my eye continuously", and addicted to this drug.

**Key words:** Body dysmorphic disorder, anxiety, benzodiazepine, addiction

Yazışma adresi / Address reprint requests to:  
Dr. Selime Çelik, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul - Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-373-5000

Elektronik posta adresi / E-mail address:  
selimecelik2000@yahoo.com

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
10 Aralık 2010 / December 10, 2010

5. Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılık Kongresi'nde (27-30 Kasım 2008 Antalya) poster bildiri olarak sunulmuştur.

## GİRİŞ

Beden Dismorfik Bozukluğu (BDB), psikiyatristlerin ve psikiyatri dışı hekimlerin sık karşılaştığı bir hastalıktır. Temel özelliği, görünümdeki hayali ya da hafif bir fiziksel kusurla ilişkili yoğun zihinsel uğraşdır. Yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %0.1-1 olarak belirtilmektedir (1,2). Bununla birlikte, psikiyatrik başvurular da çoğu BDB gözden kaçmakta ve tanı konulamamaktadır. Erişkinlik ya da çocukluk yaşında başlayan BDB olgularına rastlanmasına rağmen, belirtiler sıklıkla kendini ergenlik ya da genç erişkinlik çağında gösterir (3). Daha çok kadınları etkilediği düşünülse de, araştırma sonuçları kadın ve erkeği eşit oranda etkilediğini göstermektedir. Etiyolojisinde biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir (4).

BDB hastalarının en sık, saçların incilmesi, akne, kırıklıklar, skarlar, damar izleri, tenin solukluğu ya da kızarıklığı, şişlik, yüzde asimetri gibi yüzün ya da başın imgesel ya da küçük kusurlarından yakındıkları belirtilmektedir (5). Bu hayali ya da hafif kusurla ilgili obsesif düşünceler, buna yönelik kompulsif davranışlar, depresyon belirtileri, algılanan kusurla ilgili hezeyanlı düşünce ve inanışlar, sosyal içe çekilme, sosyal fobi, sosyal izolasyon, özkıyım düşünceleri ve girişimi, anksiyete ve olası panik ataklar, kronik düşük özgüven, sosyal ortamlarda kusurlarının başkaları tarafından fark edildiğini düşünme, evden dışarı çıkmaktan çekinme, bağımlı kişilik, dış görünümle aşırı meşguliyet nedeniyle odaklanmada ya da çalışmada güçlük vb. belirtiler klinikte görülebilir. BDB'li kişiler imgesel kusurlarını düzeltirmek için cerrahi tedavilerin peşine de düşebilirler (6).

BDB hastalarında, kendi kendini tedavi etme girişimi olarak alkol ya da madde kötüye kullanımı yaygın olarak görülmektedir (6). BDB'li hastalarda Eksen I eş tanımlı hastalık araştırılmasının yapıldığı bir çalışmada, depresyonun ve madde kullanım bozukluğunun BDB'ye ikincil olarak geliştiği bulunmuştur (7). Yine yaşam boyu madde kullanan hastalarda, BDB tanısı almış olanların %68'inde madde kullanım nedeni BDB ile ilişkilendirilmiştir (8). Bu olgu sunumunda, "Sürekli gözünün önüne gelen boşluklar" diye tanımladığı frontoparietal bölgesindeki saçların seyrek olmasından duyduğu kaygıyı yatıştırmak amacıyla düşük dozda benzodiyazepin kullanmaya başlayıp, sonrasında benzodiyazepin bağımlılığı gelişen, uzun süre tanı almamış bir olgu literatür eşliğinde tartışılmıştır.

## OLGU

A.S, 32 yaşında, bekar, Kastamonu doğumlu, beş kardeşin dördüncüsü, ilköğretim mezunu, erkek hastaydı. Polikliniğimize başvurduğu sırada çalışmıyor, annesi ile yaşıyordu. 6-7 yıldır klonazepam kullanımı, klonazepam bulamadığı zamanlarda da alprazolam kullanımı mevcuttu. Alkol, Madde Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezinin (AMATEM) polikliniğine bu maddeleri bırakmak için geldiğini, kendi çabaları ile çok sayıda bırakma girişiminin olduğunu, kullanmadığı dönemlerde evden dışarı çıkamadığını, huzursuzluk, isteksizlik, unutkanlık, hayattan zevk almama, uykusuzluk, bitkinlik, irkilme yakınmaları olduğunu, başka bir yakınmasının olmadığını ifade etti. Benzodiyazepin dışında psikoaktif madde kullanım öyküsü yoktu. Benzodiyazepin bağımlılığı ön tanısıyla yatışı yapıldı.

Serviste benzodiyazepin yoksunluk tedavisi düzenlenen hastanın, grup terapileri sırasında sürekli başını önüne eğdiği, grup üyeleri ve grup içinde terapisti ile iletişime girmekte zorlandığı izlendi. Bireysel görüşmesi sırasında ise, 15 yıl önce saçlarının dökülmeye başladığını, bu nedenle çok sayıda dermatolog ve çeşitli merkezlere gittiğini, doktorların kendisini psikiyatrye yönlendirdiklerini, fluoksetin, klomipramin ve isimlerini hatırlayamadığı birçok ilaç kullandığını ancak sıkıntısının azalmadığını belirtiyordu. On yedi yaşındayken sabahlara kadar aynaya baktığını, saçını kaldırıp azalma

olup olmadığını sürekli kontrol ettiğini, başının ön tarafındaki açıklıklar farkedilmesin diye genelde saçlarını uzattığını, bir dönem saç protezi de kullandığını, bedeninde en değer verdiği şeyin saç olduğunu söylüyordu. Frontoparietal bölgesindeki seyrelmiş saçlarını "boşluklar" diye tanımlamaktaydı. Bu "boşlukların" sürekli gözünün önüne geldiğini, babasını mezara koyarken de, cinsel ilişkiye girerken de bunu anımsadığını, herkesin kendisine baktığını düşündüğü için otobüse bile binmekte zorlandığını, insanların gözüne bakmadığını belirtmekteydi.

Dayısının psikiyatrik tedavisi için klonazepam kullandığını, sıkıntısını azaltması için hastaya da önerdiğini, önceleri haftada 1 mg/gün kullandığını, klonazepam kullanmaya başladıktan sonra saçlarını daha az düşündüğünü söylüyordu. Başvurduğu doktorlara klonazepam kullandığını söyleyerek kolaylıkla reçete ettirdiğini, günde ortalama 10-20 adet kullandığını, hiç yasa dışı yollardan temin etmediğini belirtmekteydi.

Hasta çok sıkıntılı olduğu dönemlerde birkaç kez 100 adet klonazepam tableti birden içtiğini, bunu intihar amaçlı yapmadığını söylüyordu. Yüksek doz aldığı dönemde dengesizlik ve aşırı uyuma ihtiyacı hissettiğini, en son 3 yıl önce işyerini kapattığında nişanlısının annesinin kendisine işe yaramaz bir insan olduğunu ve kızının kendisiyle evlenmesine izin vermeyeceğini söylediğinde moralinin bozulduğunu ve öfkelenerek 115 klonazepam tableti birden aldığını ifade etmekteydi.

"Hap bende halsizlik, bitkinlik, yorgunluk, hafıza kaybı, uyuşma gibi şeyler yapıyor, traş olurken yüzümü kessem acı hissetmiyorum, ama aldığım da rahatlıyorum ve boşlukları daha az kafama takıyorum" şeklinde konuşmaları vardı. Kilosu normal sınırlarda olmasına rağmen (Beden kitle indeksi=22) kendini şişman buluyor, aynaya bakınca kendini beğenmediğini ifade ediyordu. Saçını başka insanların saçları ile kıyasladığını, kendi kendine "onun saçı benden daha çok açılmış ya da daha az açılmış" şeklinde yorumlar yaptığını, ailedeki hiç bir erkekte saç dökülmesinin olmadığını, biraz da bu yüzden bunu kafasına taktığını söylüyordu. Kız arkadaşına saçında bir anormallik var mı diye sorduğunu, arkadaşının yanıtıyla kısa süreli bir rahatlama olduğunu, ancak bir süre sonra tekrar gözünün önüne boşlukların geldiğini belirtiyordu.

Fiziksel hastalık öyküsü saptanmayan hastanın 15 yıldır psikiyatrik başvurularının olduğu, fluoksetin (40 mg/gün), klomipramin ve ismini hatırlamadığı bazı ilaçlar kullandığı, tedavilerinin hepsini yarım bıraktığı öğrenildi. Annesinin anksiyete bozukluğu tanısıyla yatarak tedavi gördüğü, dayısının ise, sayma kompulsiyonlarının belirgin olduğu obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanısıyla tedavi gördüğü saptandı.

Psikiyatrik muayenesinde; bilinç açık, koopere ve oryante idi. Hastanın frontoparietal bölgedeki saçlarında hafif seyrelme mevcuttu. Psikomotor aktivitesi doğal, duygulanımı anksiyeteli, düşünce içeriği ile uyumluydu. Duygu durumu ötimikti. Konuşma hızı ve miktarı doğaldı. Çağrışımları düzgün olup, hezeyan ve varsanı saptanmadı. Yoksunluk belirtisi olarak anksiyete ve uykusuzluk bulgusu vardı. Rutin biyokimya ve kan tetkikleri normal sınırlardaydı. İdrarda madde metaboliti tetkikinde, benzodiyazepin pozitif bulundu.

Kendisi ve ailesiyle yapılan görüşmelerde, A.S.'nin annesinin ev hanımı, babasının işçi olduğu, miadında, normal vajinal yolla evde doğduğu, annesinin gebeliğinin sorunsuz geçtiği, ailesinin planlamadığı bir bebek olduğu, doğumundan sonra yaklaşık 6 ay anne sütü aldığı, motor mental gelişiminin doğal olduğu öğrenildi. İlkokulda yaşlarıyla ilişkisinin iyi olmadığını, içe kapanık bir çocuk olduğunu, çocukların kendisini oyun gruplarına almadıklarını, arkadaşlarının kendisiyle alay ettiğini, ancak niye alay ettiklerini hatırlamadığını, evde de daha çok annesiyle vakit geçirdiğini, babasının kendisi ve diğer kardeşleriyle pek ilgilenmediğini, ders başarısının düşük olduğunu, babasının dersleriyle ilgili olarak onu eleştirdiğini, kardeşleriyle ve akraba çocuklarıyla karşılaştırdığını, kendisine karşı tutumunun hep sınırlı olduğunu ve ondan korktuğunu ifade etmekteydi. İlkokuldan sonra "yapmam" diyerek okula gitmek istemediği, ergenlik döneminde de içe kapanık bir genç olduğu, çevresindeki ve ailesindeki gençlerle fiziksel olarak kendisini kıyasladığı, özellikle saçlarını beğenmediği ve suyun saç uzattığını bir yerden duyması üzerine sürekli banyo yaptığı, saçlarını traş ettirdiği, annesinin çok sık banyo yaptığını söylemesine öfkelenildiği, sürekli annesine, "Saçımda seyrelme var mı?" diye sorduğu öğrenildi.

Yapılan MMPI (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envan-

teri) ve Rorschach testlerinde; beden imgesi, benlik ve özdeşimde sorunları vardı, tepkileri olgunlaşmamış, basit, püerildi, ikincil kazançları genellikle sorumluluk ve görevden kaçma şeklindeydi, bağımlı kişilik özellikleri baskındı, depresif duygu durumunda olduğunu inkar ediyordu ve davranışlarında depresif özellikler vardı. Vücut Algısı Ölçeği puanı 68 olup, saçlarıyla ilgili duygusunu maksimum puan olan 5 ile derecelendirdi. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinde, anksiyete puanı 7, depresyon puanı 7, Beck Depresyon Ölçeği puanı 14, Yale Brown Ölçeği puanı 8, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi puanı 12 idi. Benzodiyazepin yoksunluk bulguları düzelen hastaya fluoksamin 100 mg/gün tedavisi başlandı.

Grup psikoterapileri ve bireysel terapileri devam ederken, hasta, servis içinde karşılaştığı sorunlara hemen çözüm istemekte, terapistten aşırı ilgi beklemekteydi. DSM-IV-TR (9) tanı ölçütlerine göre beden dismorfik bozukluğu ve benzodiyazepin bağımlılığı tanısı konan A.S., grup içinde servis kurallarına uymadığı için uyarılan başka bir hastaya tedavi ekibince söylenen sözlere öfkelenerek, tedavisinin 10. gününde kendi isteğiyle taburcu edildi. Ayaktan tedaviyi sürdürmesi gerektiği belirtilerek bilgi verildi.

## TARTIŞMA ve SONUÇ

Benzodiyazepin bağımlılığı ön tanısıyla yatırılarak tedavi altına alınan olgu, zihninin sürekli olarak saçlarıyla meşgul olması durumunu takıntısı olarak değerlendirmekteydi. Literatürde BDB hastalarının yanlışlıkla OKB tanısı aldığı, OKB hastalarında ise yüksek oranda (%8-37) BDB gözleendiği bildirmektedir (2,6,8). BDB'deki bedensel kusurla uğraşı, obsesyon ve kompulsiyon özellikleri taşımakla beraber, ek olarak, OKB tanısı koymak için obsesyon ya da kompulsiyonların görünümüyle ilgili endişelerle sınırlı olmaması gerekmektedir. Frontoparietal bölgedeki saçlarının seyrekliğiyle sürekli zihinsel olarak uğraşması obsesyon, sürekli bu konuyla ilgili bilgi toplaması, dermatolog ve estetik merkezlerine giderek saç ektirmek için ısrar etmesi, sürekli aynaya bakması ve "suyun saç çıkardığı" inancıyla sürekli banyo yapma gibi davranışları kompulsiyon özelliği taşımaktadır. Kalabalık ortamlarda (otobüs, vs.) kusurları-

nın diğerleri tarafından fark edildiği ve bu nedenle insanların kendisine baktığı yönündeki alınganlık fikirleri, kaygılı duygulanımı, dış görünümle aşırı meşguliyet nedeniyle odaklanma ya da çalışma gücünü literatürde belirtilen klinik görünümle uyumluydu (1,6).

Hastanın saçlarıyla ilgili "kusuru" ile uğraşıp durması, bununla ilgili kaygısının aşırı olması, bu kaygının toplumsal ve mesleki yaşamında bozulmaya neden olması ve klinik olarak başka bir mental bozuklukla (OKB, hezeyanlı bozukluk, vs.) daha iyi açıklanamaması, BDB belirtilerini gidermek amacıyla giderek artan dozda benzodiyazepin kullanmaya başlaması, kullanmadığı zamanlarda yoksunluk bulgularının (sıkıntı, halsizlik, dikkat dağınıklığı, vs.) gelişmesi, kendi kendine bırakma girişimlerine rağmen bırakamaması göz önüne alınarak "BDB ve benzodiyazepin bağımlılığı" tanısı olduğu söylenebilir. Olgumuzun saçlarıyla ilgili sıkıntısı, literatürde hastalığın başlangıç dönemi olarak belirtilen ergenlik döneminde başlamıştı (3).

Literatürde belirtilenden farklı olarak, hayatının hiç bir döneminde özkıyım girişimi ya da fikri olmadığını belirtmekteydi. Ancak birkaç kez, özellikle baş etmekte zorlandığı bir olay sonrasında 115 adet klonazepam tableti birden alma davranışı, hasta bunun intihar amaçlı olmadığını söylese de, parasuisidal bir davranış olarak görülebilir.

Hastanın klinikte yatışı sırasında tedavi ekibiyle ilişkisinde aşırı ilgi beklentisi, eleştiriye duyarlılık, eleştiri ve olumsuz duygu dışavurumlarını reddedilme gibi yaşantılama, servis içinde karşılaştığı sorunlara hemen çözüm isteme gibi davranışlar sergiledi. Tedavi ekibiyle ilişkisinde gözlenenler, yaşam öyküsüyle birlikte ele alındığında, A.S'nin früstasyon eşiğinin düşük olduğu, ilişkilerdeki olumsuz duygulara tahammül edemediği, reddedilmeye aşırı duyarlı olduğu ve tüm bunlar göz önüne alındığında ise, bağımlı kişilik özellikleri taşıdığı söylenebilir. Olgunun beden imgesiyle ilgili sıkıntılı olması, bağımlı kişilik özellikleri, eleştiri ya da reddedilmeye karşı duyarlı olması, BDB etiolojisinde önemli olduğu düşünülen kişilik özellikleriyle uyumluydu (7).

Psikodinamik bakış açısına göre BDB'deki semptomların çoğunun bir anlamı vardır ve çoğunlukla çocukluk çağı yaşantılarına dayanmaktadır. BDB'nin,






emosyonel ve cinsel bir çatışmanın yer değiştirme mekanizması ile ilgisiz gibi görünen bir beden bölgesine yansımaları olduğu vurgulanmaktadır (10-12). A.S'nin seçtiği beden bölgesi ve buna yönelik atıfları "erkeklik" ve erkekliğin kaybı gibi ödipal döneme ait renkler taşı-maktaydı. Babayla olan ilişkisinde, babasının hastamızı "yeterince" desteklemediği, sürekli diğerleriyle kıyaslayıp yıkıcı biçimde eleştirdiği gözlemlenmiştir. Hasta, öyküsünde yer alan rekabetten kaçınma, sorumluluk ve girişimcilik eksikliği gibi tüm başarısızlıklarını "bedensel kusuruyla", yani "eksik bir erkek" oluşuyla açıklamaktadır.

BDB'ye yatkınlık oluşturan faktörler özgüven eksikliği, eleştiren ebeveynler, erken çocukluk çağı travmaları ve çatışmanın bilinç dışı yer değiştirmesi olarak belirtilmektedir. Olgumuzda olduğu gibi, BDB hastalarının %60'nın çocukluk çağı ve ergenlik döneminde dış görünüşüyle sürekli alay edildiği tespit edilmiştir. Yine özgüven eksikliği (olgumuzda ortaokulda başarılı olamaya-çağı düşüncesi), reddedilme risk faktörleri arasında sayılmaktadır. BDB beden imajıyla ilgili bir bozukluk olduğundan, travmatik yaşantıların bedenden hoşnutsuzluk, bedenle ilgili utanç ve bedenle ilgili çarpık algılara sebep olabileceği hipotezi öne sürülmüştür (13). Didie ve arkadaşları (14), 75 BDB hastasında yaptıkları çalışmada, diğer çalışmalarla uyumlu olarak, hastaların en çok duygusal ihmale (%68) maruz kaldığını tespit etmişlerdir. Olgumuzda babanın duygusal ihmali göze çarpmaktadır.

Hastamızda olduğu gibi, utanma ve hayal kırıklığı nedeniyle hastalar tarafından belirtiler gizlenmekte, dermatolojik, cerrahi, vb. tedavilere yönlendiklerinden, BDB tanısı atanabilmektedir (15).

Beden dismorfik bozukluğunda yaşam boyu alkol ve madde kullanımının %48.9 oranında olduğu, hastalığın alkol ve madde kötüye kullanımını ve sürdürümünü potansiyalize ettiği, olgumuzda olduğu gibi madde bağımlılığı olan hastalarda, altta yatan gizli tanı olarak kalabileceği belirtilmektedir (7). Hastalığın erken yaşlarda başlaması, kronik seyirli olması ve ciddi yeti yitimine yol açması nedeniyle alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören hastalar değerlendirilirken beden dismorfik bozukluğu tanısı akılda tutulmalıdır.

**KAYNAKLAR**

1. Phillips KA. The presentation of body dysmorphic disorder in medical settings. *Prim Psychiatry* 2006; 13:51-59.
2. Hollander E, Wong CM. Obsessive compulsive spectrum disorders. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 3-6.
3. Hollander E, Aronowitz BR. Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorders: managing the complicated patient. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:27-31.
4. Phillips KA. *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder*. New York: Oxford University Press, 1996, 162-164.
5. Rosen JM, Ramirez E. A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment. *J Psychosomatic Res* 1998; 44:441-449.  

6. Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2003; 44:270-276.  

7. Grant JE, Menard W, Pagano ME, Fay C, Phillips KA. Substance use disorders in individuals with body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:309-316.  

8. Phillips KA, McElroy SL, Hudson JI. Body dysmorphic disorder: an obsessive-compulsive spectrum disorder, a form of affective spectrum disorder, or both? *J Clin Psychiatry* 1995; 56:41-51.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth ed. Text revision (DSM-IVTR)*. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
10. Phillips KA (editor). *Body dysmorphic disorder*. In: *Somatoform and Factitious Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2001, 67-94.
11. Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg* 1998; 101:1644-1649.  

12. Hollander E, Neville D, Frenkel M, Josephson S, Liebowitz MR. Body dysmorphic disorder. Diagnostic issues and related disorders. *Psychosomatics* 1992; 33:156-165.
13. Fallon P, Ackard DM. Sexual abuse and body image: In Cash TF, Pruzinsky T (editors). *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice*. New York: The Guilford Press, 2002, 117-124.
14. Didie ER, Tortolani CC, Pope CG, Menard W, Fay C, Phillips KA. Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse Negl* 2006; 30:1105-1115.  

15. Grant JE, Kim SW, Crow SJ. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry* 2001; 62:517-522.  
